КАРАГАНДИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

 Кафедра травматологии.

 Зав. кафедры: доцент Абиев Т.М.

# ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА

 Выполнили: студент 410гр. Л/Ф

 Пак А.М.

**КАРАГАНДА 2000г.**

**Врожденный вывих бедра** — одно из наиболее тяжелых ортопеди­ческих заболеваний у детей. Несмотря на то, что изучению этой проблемы посвящено много исследований, она остается актуальной для всех возрастных групп больных.

 Раннее лечение врожденного вывиха бедра ставят в основу профилактики инвалидности при этом заболевании, так как полного выздоровления можно добиться только при лечении детей с первых дней жизни.

 Ортопеды уже не удовлетворяются только тем, чтобы головку бедренной кости вправить в вертлужную впадину. Идеалом лечения считают полное восстановление формы и функции тазобедренного сустава. Основным в лечении должен быть принцип постепенного вправления вывиха, с восстановлением пра­вильного соотношения вертлужной впадины и головки, с максималь­ным щаженном сосудов и нервов, зон роста и вертлужной губы(лимбуса). Большая роль при этом должна отводиться сохранению функции сустава после вправления вывиха.

В качестве этиологического фактора, приводящего к нарушению нормального развития тазобедренного сустава и окру­жающих мышц, называют порок первичной закладки. Подтверждение этого одни авторы видят в комбинации вывиха бёдра с другими врожденными деформациями. Другие авторы причиной врожденного вывиха считают задержку развития во время внутриутробной жизни плода нормально заложенного тазобедренного сустава вследствие на­рушения витаминного и гормонального обмена.

 Хильгенрейнер считал, что врожденная дисплазия (неправильное раз­витие, задержанное и извращенное развитие) сустава приводит к вывиху как вторичному явлению, однако дисплазия иногда и не сопровождается вывихом. Если такая дисплазия резко выражена, ребенок рождается с вывихом, а если имеется дисплазия слабой степени, образуется только подвывих или предвывих.

 Другие авторы считают, что вывихивание головки из впадины образуется ещё во внутриутробный период. Ребенок рож­дается с растянутой капсулой сустава, вследствие чего головка бедренной кости легко выскальзывает из впадины (при приведении ножек ребенка) и также легко входит в нее (при отве­дении ножек ребенка).

 Клинические и рентгенологические изменения тазобедренного сустава при вывихе, лучше всего называть не дисплазией, а последствиями вывиха бедра.

Если дети рождаются с растянутой капсулой тазобедренного су­става и у них имеется вывихивание и последующее легкое вправление головки во впадину (симптом соскальзывания), то такое состоя­ние называют предвывихом.

 По данным В. О. Маркса, у большинства детей с симптомом соскальзывания (предвывихом) в первые дни жизни, как правило, наступает стабилизация сустава (самоизлечение в 75-85%) и только у некоторых детей из предвывиха формируется подвывих или вывих бедра.

 При самоизлечении капсула сустава сокращается, головка бедра хорошо центрируется во впадине. В дальнейшем сустав развивается нормально. Если головка смещается в сторону и кверху, но не выходит за пределы лимбуса, то это состояние сустава называют подвывихом.

 Образование вывиxa идет двумя путями: 1) капсула остается растянутой и сохраняется симптом соскальзывания - головка может быть в состоянии вправления и вывихивания. 2) головка бедренной кости выскальзывает из впадины и теряет с ней контакт; лимбус в силу своей эластичности заворачивается внутрь сустава, нарастает аддукторная контрактура и развивается сформированный вывих.

 **Диагностика и лечение предвывиха бедра в родильном доме.** Диагноз предвывиха следует ставить уже в родильном доме. Все новорожденные должны быть осмотрены в первые сутки. У новорожденных симптомом предвывиха является симптом соскальзывания головки бедренной кости.

 *Симптом соскальзывания выявляют следующим образом*: ножки ребенка сгибают в коленных и тазобедренных су­ставах, большие пальцы рук врач располагает на внутренней, а прочие на наружной поверхности бедра, причем кончик III пальца упирается в большой вертел. Этот симптом выявляют двояко: в первом случае производят вправление головки во впадину, во втором – её вывихивание. При вправлении врач рукой осуществляет тягу по оси бедра с одновременным давлением I пальцем на коленный сустав в сторону отведения, a III - подталкивает большой вер­тел в сторону вертлужной впадины. Во втором случае силу прила­гают в |противоположном направлении - вместо тяги по оси бедра производят давление. Давление по оси осуществляется с приведением бедра.

 В литературе этот симптом получил разные названия: симптом соскальзывания па В. О. Марксу; симптом щелчка по М. Ortolani, симптом неустойчивости по П. Биезиню. Сущность симптома состоит в том, что гoловка бедренной кости вывихивается при приведении и снова входит во впадину при отведении бедра. Легкость вхождения и выхождения головки из впадины зависит от степени растяжения капсулы сустава и тонуса мышц.

 Симптом является абсолютным показателем к началу лечения. Лечение сводится к широкому пеленанию: две пеленки складывают несколько раз и прокладывают между ножек ребенка, согну­тых в тазобедренных и коленных суставах и отведенных на 60—80°. В этом положении ноги ребенка фиксируют третьей пеленкой. Исчезно­вение в первые дни жизни ребенка симптома соскальзывания не является поводом для отмены широкого пеленания. Лечебная гим­настика при наличии симптома соскальзывания противопоказана.

 В тех случаях, если к концу первого месяца жизни ребенка сим­птом соскальзывания перестал выявляться и других признаков вывиха нет, следует продолжать широкое пеленание до 2-месячного возраста, а затем сделать рентгенограмму тазобедренных суставов. Если на рентгенограмме выявляются признаки неполной центрации головки, необходимо перейти на лечение шинами. Если симптом соскальзывания сохраня­ется в месячном возрасте или клинически видно, что головка не вошла во впадину, необходимо произвести рентгенограмму и начать лечение шинами.

 **Выявление врожденного вывиха бедра и его лечение в первые месяцы жизни ребенкa.** В тех случаях, когда ранняя диагностикa в родильном доме не была организована или контакт с родильным до­мом не был налажен, необходим ортопедический осмотр всех новорожденных детей.

 При осмотре ребенка необходимо обращать внимание на: 1) сим­птом соскальзывания; 2) симптом отведения бедра; 3) асимметрию ягодичных складок; 4) наружную ротацию ножки; 5) укорочение ножки.

 *Ограничение отведения бедра.* В норме отведение бед­ра в тазобедренном суставе при согнутых ножках у детей первых месяцев жизни достигает 70—80°.

 Для выявления ограничения отведения ножки сгибают в тазобедренных и коленных суставах у ребенка, лежащего на спине. Врач пальцами захватывают область коленных суставов ребенка и без насилия разводит ножки в стороны.

 *Асимметрия ягодичных складок.* Для выявления это­го признака ребенка кладут на живот с симметрично уложенными ногами. Следует обращать внимание не на количество бедренных складок, а на ягодично-бедренные и подколенные складки, которые при вывихе и подвывихе располагаются на различных уровнях.

 *Нaружная ротaция ножки.* Такое положение нижней конечности может встретиться как при вывихе бедра, так и при нормальных тазобедренных суставах.

 *Укорочение ножки.* Укорочение конечности определяется на глаз. Оно не характерно для врожденного вывиха бедра в первые 2 мес, но может встретиться при одностороннем вывихе у ребенка 3 – 4 мес.

Перечисленные клинические признаки не очень достоверны (кро­ме симптома соскальзывания), и на их основании в большинстве наблюдений можно только заподозрить наличие врожденного вывиха или подвывиха бедра. Решающее значение в диагностике имеет рентгенография тазобедренных суставов(после 3 мес. жизни.

**Рентгенодиагностика врожденного вывиха и подвывиха 6eдpа у детей первых месяцев жизни** затруднена из-за того, что скелет у них частично состоит из хрящевой ткани, а тень костной основы, видимая на рентгенограмме, позволяет лишь приблизительно судить о со­отношении головки и впадины.

Изучение рентгенограммы следует производить только при помощи точных измерений углов и линейных величин. Чтение рентгенограммы «на глаз» может привести к неправильному толкованию рентгеновского снимка с последующими ошибками: в диагностике и тактике лечения. Измерения всех показателей на рентгенограмме удобно производить при помощи специальной сетки -

транспортира.

 **Лечение детей первых месяцев жизни при вывихе и подвывихе бедра.** Показаниями к лечению являются рентгенологичеcкиe признаки вывиха или подвывиха бедра. Только при наличии у ребенка симптома соскальзывания можно начинать лечение без рентгенологического обследования.

 При симптоме следует применять шины, которые позволяют создать небольшое аксиллярное положение и отведения бедра с одновременным широким пеленанием. При симптоме соскальзывания положения отведения с вытянутыми ножками следует избегать, так как при растянутой капсуле головка бедра может подняться выше и потерять контакт со впадиной.

 *Основной задачей лечения является:* наиболее раннее установление правильных соотношений головки и впадины, пока вторичные изменения в тазобедренном суставе выражены нерезко. Во время лечения необходимо следить, чтобы у ребенка сохранялись движения в тазобедренных суставах.

 До клинического вправления вывиха врач обязан осматривать ребенка не менее 1-2 раз в неделю.

При лечении подвывиха и особенно вывиха бедра необходимо обратить особое внимание на болевые контрактуры, которые могут возникнуть при форсированном отведении бедер или быстром вправлении головки бедра во впадину.

 После постепенного отведения ножек на 80° следует клинически проверить вправление головки во впадину. Существуют два простых клинических признака вправления: 1) симметрия ягодично-бедренных складок, 2) пальпирование головки в Скарповском треугольнике. В норме складки между бедром и ягодицей должны быть симметричны и доходить почти до боковой поверхности бедра. Если с одной стороны головка бедра не находится во впадине, то ягодично-бедренная складка с этой стороны или совсем не видна, или очень короткая. Второй признак определяют следующим образом: врач кладет руку так, чтобы I палец находился в Скарповском треугольнике, а остальные обхватывали ягодицу снизу. Тогда при ротационных движениях бедра, вызываемых другой рукой врача, ощущается движение головки под первым пальцем; если же головка бедра находится вне впадины, то она не ощущается первым пальцем – вместо головки пальпируется ямка, а головка пальпируется со стороны ягодицы.

 Если клинически вывих вправлен, необходимо сделать контрольный снимок тазобедренных суставов в том положении, в котором произошло вправление.

 При подвывихе, если на второй рентгенограмме имеется хорошая центрация головки, следует оставить ребенка в том же положении отведения бедер на 45° еще на 3—4 мес (в зависимости от возраста ребенка и величины ацетабулярного угла). Если центрация не до­стигнута, необходимо придать ножкам ребенка положение Лоренца. Это положение достигается сменой шины Виленского на стремена Павлика, тину конструкции ЦИТО и др., или путем, наложения на шину Виленского лямок, которые перекидываются через противоположные надплечья и удерживают ножки в положении Ло­ренца. Через месяц необходим рентгенологический контроль.

 При вывихе бедра, если достигнута хорошая центрация, остав­ляют ребенка в положении Лоренца на 2—4 мес. После чего делают рентгенограмму со спущенными отведенными на 75° ножками. Если центращия головки во впадине не нарушилась от такого изменения положения ножек ребенка, то применяют шину Виленского. Если проксимальныи конец бедра несколько поднялся вверх (величина h стала меньше), то необходимо продолжать лече­ние ребенка в положении Лоренца. Долечивание ребенка проводят на шине Виленского (обычно этот срок колеблется от 2 до 6 мес), т. е. почти до полного формирования впадины и головки бедренной кости.

 То время, когда ребенок находится на долечивании в шине Виленского, необходимо использовать для укрепления ягодичных мышц, которые после частичной иммобилизации всегда бывают дряблыми, повторные курсы, массажа, лечебную гимнастику, электростимуляцию ягодичных мышц.

 В тех случаях, когда вывих бедра остается не вправленным в течении 2 мес, не следует пытаться вправить вывих тем же методом, а необходимо перейти к другому методу вправления – к постепенному вправлению с помощью функциональной повязки по методике Тер-Егизарова – Шептуна. Не всегда лечение лечение функциональной гипсовой повязкой применяют после неудачи других методов. Бывают случаи, когда ребенку в возрасте до года необходимо сразу же начать лечение функциональной гипсовой повязкой. Показания к применению этой методики следующие: 1) высокий вывих у детей до года; 2) неудачи раннего лечения; 3) остаточные подвывихи после других методов лечения у детей после года; 4) не леченые подвывихи у детей старше года с наличием резкой приводящей контрактуры; 5) вывихи у детей старше 7 - 8 -месячного возраста, когда мягкими шинами невозможно удержать ножки ребенка в нужном положении; 6) вывихи у детей после года.

Не всем детям удается вправить вывих при помощи функциональной повязки. В случаях неудачи лечения можно применять постепенное вправление головки бедренной кости с помощью аппарата Елизарова, вмонтированную в гипсовую повязку. Это весьма эффективный и мало травматичный метод лечения трудно вправимых высоких вывихов бедра. Метод прост, как правило, не приводит к осложнениям и расширяет возрастные границы закрытого вправления врожденного вывиха бедра.

Заслуживает внимание также методика лечения, предложенная М.В. Волковым, с применением полиэтиленовой функциональной шины. Методика усовершенствована по мере привлечения внимания ортопедов к щадящим методам вправления врожденного вывиха бедра и физиологическим нежестким методам фиксации нижних конечностей.

**Осложнения при консервативном лечении врожденного вывиха бедра.** Основным и самым тяжелым осложнением врожденного вывиха бедра являются дистрофические процессы в головке бедренной кости. В этиологии дистрофических процессов в головке бедренной кости решающая роль принадлежит нарушению кровообращения. Оно может быть вызвано как нефизиологическим положением конечности (сгибание и резкое отведение - до 90° - в тазобедренных суставах), при котором происходит натяжение периартикулярньгх тканей и сосудов, так и спазмом сосудов, вызванным раздражением нервно-вегетативных рецепторов при быстром вхождении головки во впадину, что часто встречается при наличии симптома соскальзывания. Основным клиническим проявлением нарушения кровообращения головки бедренной кости является болевая реакция, которая часто сопровождается рефлекторной болевой контрактурой конечности.

 Активные движения или совсем отсутствуют в тазобедренном суставе, или ребенок хуже двигает одной ножкой. Пассивные движения резко болезненны. Вынужденное положение хорошо заметно, когда с ребенка снимают шину. В этом случае ножки остаются в том положении, которое было в шине, и ребенок не пытается его изменить. Активные движения восстанавливаются через 1 – 3 нед.

 На рентгенограмме при более тяжелом поражении головки ядро окостенения начинает проецироваться в виде тонкой, неровной пластинки или в виде отдельных точек окостенения. В про­цессе роста ребенка ядро оссифицируется очень медленно и приобре­тает вид «фрагментированной» головки. Шейка бедра ещё до появления головки деформируется.

 В некоторых случаях при дистрофических изменениях наблюдаются краевые дефекты головки. Дефект может наблюдаться в медиальной части, латеральной или в области верхнего полюса головки.

 При нecистематическом наблюдении первые признаки дистрофического процесca могут быть пропущены и только в 2 - 3 года на рентгенограммме обнаруживают фрагментацию бедра. Эти изменения очень напоминают болезнь Пертеса.

 **Лечение дистрофических процессов в бедренной кости.**

 Лечебные меры при болевых контрактурах должны быть направлены на улучшение кровообращения, а в более поздние сроки дистрофических процессов - и на восстановление трофики конечности. В начале лечения врожденного вывиха бедра необходимо уменьшить отведение бедер через 2 –3 часа необходимо очень осторожно и постепенно увеличивать отведение бедер.

В первые дни лечения рекомендуют 2 раза в день делать ребенку теплые ванны и накладывать сухое тепло в паховую область (мешочки с теплым песком или крупой).

 При появлении рефлекторной болевой контрактуры следует уменьшить отведение или снять шину. В этих слу­чаях, кроме теплых ванн и сухого тепла на паховую область, необ­ходимо назначить массаж для улучшения кровообращения, ежеднев­но электрофорез с новокаином: (10 сеансов) на область, тазобедренного сустава. Если у ребенка плохая кожа в паху или его по каким-либо причинам трудно приносить в поликлинику, то электрофорез можно заменить внутримышечным введением 0,5% раствора новокаина по 1-3 мл в ягодицу на стороне контрактуры, 5-10 инъекций в зависимости от возраста ребенка и тяжести болевой контрактуры. До на­чала введения новокаина необходимо выяснить индивидуальную пе­реносимость ребенка к новокаину. Назначают также никотиновую кислоту по 0,001г 2-3 раза в день внутрь после еды (курс—один месяц), тепловые укутывания. После восстановления движений в ножке необходимо опять начать лечение вывиха постепенным отве­дением бедер, не прекращая лечения: болевой контрактуры.

 При наличии отека необходимо срочно снять шину и постарать­ся низвести ножку, не боясь релюксации, так как всегда возможно повторное вправление. Возобновлять лечение вывиха можно только после полного восстановления движений в тазобедренном суставе.

 У детей более старшего возраста при: возобновлении лечения вы­виха лучше применить функциональную гипсовую повязку и дать небольшую тракцию по оси бедра. После того как вывих будет вправ­лен, необходимо провести дополнительно следующее лечение: парафино-озокеритовые аппликации, инъекции алоэ с новокаином, теплые ванны и др.

 В тех случаях, если ребенок не получал лечения по поводу боле­вой контрактуры по тем или иным: причинам, необходимо провести повторные курсы терапии и даже через несколько месяцев после вос­становления движений в тазобедренном суставе. Курсы лечения повторяют через 1/2—2 мес, но вместо электрофореза с новокаином назначают электрофорез с хлоридом кальция. Не являются противо­показанием к продолжению лечения дистрофические изменения в головке бедренной кости, видимые на рентгенограмме, если у ребен­ка еще не ликвидирован врожденной вывих бедра. Однако в этих случаях нельзя придавать ножкам ребенка нефизиологическое поло­жение (резкое отведение бедер, положение Ланге и др.), одномоментно вправлять во впадину такую головку и разрешать детям ходить. Если ребенок очень подвижный и его невозможно удержать, рекомендуют функциональную гипсовую повязку и производят при наложении ее небольшую тракцию по оси бедра для разгрузки головки бедренной кости.

 К осложнениям относится формирование в процессе лечения вальгусных деформаций в области коленных суставов, особенно при наличии у ребёнка рахита.

 **Оперативное устранение остаточного подвывиха бедра.**

Были предложены различные внесуставные вмешательства: деторсионная остеотомия бедренной кости, остеотомия таза по Салтеру, Киари и другие операции на костях таза.

*У* детей 5—6-летнего возраста клинических показаний к остеотомии бедра практически не существует, так как дети с подвывихом в этом возрасте, как правило, не хромают, не испытывают болей, подвывих у них клинически почти не проявляется. В большинстве случаев показания к операции у детей этой возрастной группы ставятся только по рентгенологическим данным. При этом следует производить две рентгенограммы сустава в прямой проекции, но одну обычную, а другую - при положении бедер в максимальной внутренней ротации и некотором их отведении. Остеотомия показана, если на второй рентгенограмме уменьшен проекционный шеечно-диафизарный угол, малый вертел «прячется» за тень 6едренной ко­сти, имеются четкие контуры большого вертела.

 У детей старше 6—7 лет показания к операции, как правило, обосновывают только клиническими данными: жалобами на боли и быст­рую утомляемость, хромотой и т. д. Если при этом у ребенка или подростка имеется достаточный объем внутренней ротации, то даже при незначительном улучшении центрации головки на рентгено­грамме, сделанной с внутренней ротацией и отведением, показана деторсионная остеотомия. Нередко её приходится сочетать с пласти­кой крыши вертлужной впадины. Оптимальным для хирургического устранения остаточного подвывиха является 2 - З-летний возраст.

*Методика деторсионной остеотомии*. Из бокового доступа рассекают фасцию бедра, обнажают большой вертел затем поднадкостнично выделяют бедренную кость ниже малого вертела и производят поперечную остеотомию бедренной кости. Костные фрагменты скрепляют фиксатором. Иммобилизацию в гипсе создают па 4 - 5 нед. Движения в тазобедренном суставе восстанавливаются без особого труда. Варизацию шейки бедренной кости производят крайне редко по строгим показаниям.

 Деторсионная остеотомия бедренной кости не всегда создает правильные соотношения проксимального конца бедренной кости и вертлужной впадины.

У детей старше 4—5 лет, как правило, возникает необходимость вторым этапом производить операцию на костях таза. У детей до 5 лет наиболее показана операция Салтера (1961), кото­рая направлена на изменение наклона вертлужной впадины путем остеотомии таза в области основания подвздошной кости и введения в расщеп между отломками треугольного костного аутотрансплантата.

В настоящее время нередко для этих целей ортопеды используют аутотрансплан таты (Волков М.В., 1969). Подвижное лонное сочленение у маленьких детей позволяет после остеотомии таза изменить пространственное положение вертлужной впадины.

 У детей более старшего возраста получила распространение опе­рация Киари (1950), сущность которой заключается в горизонталь­ном полном рассечении подвздошной кости над вертлужной впади­ной и смещении кнаружи проксимального фрагмента.

 Существует точка зрения, что операция Киари приводит к изменению формы входа в малый таз, поэтому она неприменима у девочек. Это положение побудило к поискам таких реконструкций тазовых костей, когда не наруша­лась бы целость тазового кольца. В этом отношении заслуживают внимания операции Олби, Ланца, Пембертана, А.А. Коржа и З.М. Митилевой, А. М. Mитилевой, А.М. Миронова.

 **Оперативные методы лечения врожденного вывиxa бедра.** Болъшой и сложной проблемой является лечение детей с запущенными формами врожденного вывиха бедра. В случаях позднего выявления врожденного вывиха бедра ортопеды вынуждены прибегать к от­крытому вправлению головки бедренной кости во впадину,

 При показаниях к открытому вправлению врожденного вывиха бедра следует учитывать многие Факторы и прежде всего возрасг ребенка, степень вторичных анатомических анатомических изменений тазобедрен­ного сустава при вывихе и безуспешность или неполную эффектив­ность предшествовавшего консервативного лечения.

 При определении возрастных показаний следует отдельно рассматривать одно- и двусторонние поражения тазобедренного сустава, так как показания к открытому вправлению при них будут различными.

 При показаниях к открытому вправлению врожденного вывиха бедра необходимо учитывать следующие: высокое смещение головки бедренной кости, уплощение вертлужной впадины, патологическую антеторсию, выявленные при артрографии сужение перешейка капсулы и интерпозицию лимбуса. Однако лечение детей до 3 лет, как правило, следует начинать с попыток постепенногo закрытого вправления и только при неудачах переходить к открытой репозиции.

 Все изложенное относится к одностороннему вывиху бедра. При двусторонних вывихах открытое вправление не должно производиться. Таким детям необходимо назначать консервативное лечение, направленное на укрепление мышц и улучшение походки.

 Среди большого числа паллиативных операций, предложенных для лечения застарелых вpoждeнныx вывихов, наибольшее распространение получили операции создания навеса, «вилкование» по Байяру— Лоренцу, остеотомия Шанца, низведение большого вертела (операция Во—Лями) и артродез тазобедренного сустава. Паллиативные операции направлены на создание упора для бедренной кости, который достигается либо созданием навеса на уровне крыла подвздошной кости (навес Кенига) за счет аутокости, либо остеотомией по Шанцу и отведением бедра. Образующаяся вилка упирается в место бывшей впадины.

 Паллиативными операциями можно добиться улучшения походки и уменьшения жалоб. Однако у ряда больных боли, хромота и быстрая утомляемость впоследствии вновь возвращаются. Эти операции оказывают в основном помощь взрослым. У детей они заканчиваются выпрямлением оперативно созданного угла (после остеотомии Шанца) и не всегда обеспечивают опорность.

 **Послеоперационные осложнения.** Открытое вправление врожденного вывиха бедра, как и многие операции на тазобедренном суставе, относится к числу больших и травматичных оперативных вмешательств, протекающих с большой кровопотерей. Травматичность открытого вправления возрастает в тех случаях, когда его приходится дополнять остеотомией бедренной кости или реконструкцией крыши вертлужной впадины.

 При костнопластических операциях в организме больного наступают значительные гемодинамические сдвиги, являющиеся важным компонентом общей ответной реакции организма на хирургическую травму, кровопотерю и наркоз (Меняйлов, Н.В., 1968). Большинство ортопедов делят послеоперационные осложнения на общие и местные. К общим осложнениям относят шок, пневмонию, гнойный отит, к местным - нагноение в области операционной раны, остеомиелит головки бедренной кости, релюксации (ранние - на операционном столе или в гипсовой повязке, поздние - после снятия гипсовой повязки в восстановительном периоде). Аваскулярный некроз головки бедренной кости является серьезным послеоперационным осложнением; парезы и параличи периферических нервов. Одним из очень серьезных осложнений при открытом вправлении вывиха бедра являются повреждения костей – переломы вертлужной впадины, протрузия головки в полость таза, переломы шейки бедренной кости.

 В заключение необходимо ещё раз подчеркнуть, что проблема врожденного вывиха бедра еще очень далека от полного разрешения. Только четкая организация выявления предвывиха у новорожденных, максимально щадящее его лечение в первые дни жизни ребенка, постепенное вправление вывиха и подвывиха в других возрастных группах, своевременная и ранняя коррекция патологической торсии бедра после консервативного лечения, создание хорошей крыши впадины при ее недоразвитии, строгие показания к открытому вправлению, разработка наиболее рациональных методов вправления, четкая организация восстановительного лечения, объективная и очень строгая оценка полученных результатов могут приблизить нас к решению этой трудной проблемы.

Список литературы:

1. Ортопедия и травматология детского возраста. Руководство для врачей. Москва, «Медицина» 1983г.
2. Детская ортопедия. А.Ф. Краснов, Куйбышев 1983г.
3. Детская ортопедия. М.В. Волков, Москва, «Медицина» 1980г.
4. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов.